

TRATAMENTUL DIETETIC ÎN BOALA CELIACĂ LA COPIL

Gabriela Leșanu*, Alina Stănescu**, Cristina Becheanu*, Răfira Cătu*

REZUMAT

Regimul fără gluten asigură pacientului cu boală celiacă o stare de perfectă sănătate. Din 42 bolnavi internați cu diagnosticul de boală celiacă în Clinica de Pediatrie a Spitalului Central de Copii a fost selectat un lot alcătuit din 24 copii a căror evoluție a fost urmărită cel puțin un an și care sunt și în prezent în evidența clinicii. Vârsta pacienților la internare a fost cuprinsă între 11 luni și 13 ani cu media 4,6 ani, fiind 14 (58,3%) fete și 10 (41,7%) băieți. Perioada urmăririi evoluției bolii a fost variabilă (de la 1 an la 15 ani). După stabilirea diagnosticului a fost urmărită evoluția sub regim fără gluten: (a) clinic; (b) măsurarea constantelor nutriționale; (c) imunologic; (d) histologic: 4 (16,6%) pacienți s-au dovedit inițial noncomplanți, neacceptând regimul fără gluten; 2 pacienți au primit regim fără gluten 6 luni. 18 (75%) bolnavi au respectat regimul fără gluten 1 an după instituirea tratamentului. Dintre aceștia 10 au fost urmăriți mai mult de 2 ani și numai 3 (30%) au rămas complianți după 2 ani de evoluție. După o perioadă în care nu au respectat regimul, unii pacienți ajunși la vârsta adolescenței acceptă boala și înțeleg importanța regimului fără gluten. În prezent din 24 bolnavi, 2 (8,3%) sunt noncomplanți, 6 (25%) au o complianță scăzută și 16 (66,6%) sunt complianți. Bolnavii noncomplanți sau cu complianță scăzută pot să prezinte (1) simptomatologie sugestivă pentru boală (1 caz); (2) simptomatologie atipică cu modificări ale constantelor nutriționale (1 caz); (3) să fie asimptomatici cu markeri imuni (anticorpi anti gliadină sau/și anticorpi antiendomisium) prezenți (4 cazuri); (4) să fie asimptomatici fără markeri imuni dar cu leziuni histologice (2 cazuri). Concluzii: 1/3 din bolnavii cu boală celiacă s-au dovedit noncomplanți sau cu complianță redusă la tratament. Bolnavii cu complianță redusă pot fi asimptomatici, cu parametrii biochimici și hematologici normali dar cu markeri imuni și leziuni histologice prezente. Pacienții cu boală celiacă necesită suport psihologic fiind important să înțeleagă că regimul fără gluten le dă posibilitatea integrării sociale cu o excelentă calitate a vieții.

Cuvinte cheie: boala celiacă, copil, regim fără gluten.

Regimul fără gluten reprezintă tratamentul de bază în boala celiacă. Se exclud din alimentație grâul, orzul, ovăzul, secara. Există opinii contradictorii în ceea ce privește ovăzul și orzul; se pare că ovăzul determină rar apariția simptomatologiei. Orezul și porumbul sunt permise și utilizate ca înlocuitori ai grâului.

Sunt excluse din hrana zilnică toate alimentele ce conțin făină de grâu: pâine, paste făinoase, produse de patiserie, de

ABSTRACT

Dietary therapy in coeliac disease in children

The gluten - free diet (GFD) is the cornerstone of the management of the coeliac disease (CD) patients. In a group of 42 patients admitted in the Central Children's Hospital for CD, we selected 24 children who have been followed-up for at least one year. At the time of admission the median age of the patients was 4,6 years (range, 11 months-13 years). The group had 14 (58,3%) girls and 10 (41,7%) boys. The patients have been followed-up a variable period (range, 1-15 years). 4 (16,6%) children didn't accept the GFD (from the beginning). 2 children maintained the GFD for 6 months and after a year only 18 (75%) patients were adhering to a GFD. 10 coeliac patients have been followed-up more than 2 years. After 3 years only 3 (30%) maintained a strict GFD. After a period of poor dietary compliance some coeliac teenagers began to accept the disease and to understand the importance of the GFD. At present the study of the compliance of the 24 CD patients showed: 2 (8,3%) patients are noncompliant, 6 (25%) patients have a poor compliance and 16 (66,7%) are compliant. The patients with poor compliance or noncompliant were: 1) with clinical symptoms suggestive of CD; 2) with atypical symptoms and nutritional disturbances; 3) asymptomatic but with immunologic features of gluten sensitivity; 4) asymptomatic without serologic markers but with villous atrophy. In conclusion 1/3 of the CD patients have a poor compliance or they are noncompliant. The patients with poor compliance may be asymptomatic with normal hematologic and biochimic features but with serologic markers and histologic abnormalities. The coeliac patients need considerable support to understand that a GFD is mandatory in order to have a good quality of life.

Key words: coeliac disease, child, gluten-free diet.

cofetărie, biscuiți, griș etc. Nu se administrează preparatele la care s-a adăugat făina de grâu în cursul procesului de fabricație: mezeluri, conserve, produse zaharoase, medicamente, semipreparate și nu se administrează preparatele industriale pe al căror ambalaj nu este menționată compoziția deoarece pot conține gluten.

La majoritatea cazurilor, excluderea glutenului determină un răspuns clinic spectaculos: apetitul reappare

* Dr. Gabriela Leșanu, Dr. Cristina Becheanu, Dr. Răfira Cătu - Spitalul Central de Copii Gr. Alexandrescu

** Dr. Alina Stănescu - Clinica de Pediatrie IOMC „Prof. Alfred Rusescu”

după câteva zile, scaunele se normalizează după un interval de zile - săptămâni. Uneori o perioadă de 2 - 3 luni au volum și consistență variabile, alternând scaune moi cu scaune de constipație, dovadă a unei colopatii funcționale reziduale care dispare treptat. După o perioadă de câteva săptămâni - luni, copilul redobândește achizițiile psihomotorii pierdute.

Creșterea ponderală este impresionantă și copilul atinge greutatea ideală în 6 luni - 1 an. Creșterea staturală se reia după 2 - 3 luni (rata de creștere poate depăși 1 cm/lună).

Consecințele nutriționale ale malabsorbției se șterg în câteva luni astfel încât după un an de regim de excludere, principalele constante biologice sunt normale. Unii autori susțin că aspectul histologic al mucoasei se normalizează în 6 luni (Troncone 1996), dar alții consideră că mucoasa intestinală este aproape normală abia după un an (Schmitz 1987).

Întârzierea sau neapariția răspunsului la tratament reprezintă consecința neaderării stricte la dietă, dar există și posibilitatea sensibilizării la alte proteine alimentare sau a unor afecțiuni ca limfom, deficit imun.

Studiul efectuat evaluează complianța la regimul fără gluten la copiii cu boală celiacă.

Pacienți și metodă

Din 42 bolnavi internați cu diagnosticul de boală celiacă în Clinica de Pediatrie a „Spitalului Central de Copii” în perioada 1995 - 1997 a fost selectat un lot alcătuit din 24 de copii a căror evoluție a fost urmărită cel puțin un an și care sunt în prezent în evidența clinicii.

Lotul a fost alcătuit din 14 (58,3%) fete și 10 (41,7%) băieți. Vârsta pacienților (la prima internare) a fost cuprinsă între 11 luni și 13 ani, în medie 4,6 ani. Perioada urmăririi evoluției bolii a fost variabilă (de la 1 an la 15 ani). După instituirea regimului fără gluten bolnavii au fost evaluați periodic:

- clinic;
- hematologic și biochimic
- imunologic (imunograma, anticorpii antigliadină, anticorpi antiendomisium);
- histologic (biopsie mucoasă intestinală).

Rezultate, discuții

După 6 luni de la instituirea regimului de excludere, s-a constatat că 4 (16,6%) pacienți au fost noncompliant, neacceptând regimul fără gluten, iar 20 (83,4%) copii au fost considerați complianți. După un an de la stabilirea diagnosticului se nota că 18 (75%) bolnavi au respectat regimul fără gluten.

Inițial regimul trebuie urmărit cu strictețe până la vindecarea mucoasei intestinale. Unii autori au susținut că ulterior, stricta aderare la dieta fără gluten este mai puțin imperativă, dar este dificil de știut dacă există un prag dincolo de care cantități mici de gluten ar fi tolerate. În această privință sensibilitatea este variabilă, diferă de la un copil la altul, sau la același copil se modifică în cursul vieții.

10 pacienți din lotul studiat au fost urmăriti mai mult de 3 ani și numai 3 (30%) au fost constant complianți respectând cu strictețe regimul de excludere.

Complianța la regimul fără gluten reprezintă o problemă pentru anume grupe de pacienți. Unii bolnavi având o stare de perfectă sănătate după excluderea glutenului, nu

se mai prezintă la control și după un interval de 1 - 2 ani introduc treptat glutenul în alimentație. Există și cazuri la care familia pare să înțeleagă necesitatea dietei de excludere, dar nu are posibilitatea materială de a asigura copilului regimul adecvat. Există o gamă redusă de preparate dietetice fără gluten și cele disponibile au preț ridicat. Cele mai multe studii raportează complianța scăzută la dietă la adolescenți. Dimpotrivă, noi am constatat că după o perioadă în care nu au respectat regimul, unii bolnavi ajunși la vârsta școlară învață să accepte boala și să înțeleagă importanța regimului fără gluten.

În prezent, din 24 bolnavi 2 (8,3%) sunt non-complianți, 6 (25%) au o complianță redusă și 66,7% sunt complianți (tabelul I). Observațiile noastre sunt asemănătoare cu rezultatele studiului de cohortă efectuat de Mayer (1991): 65% pacienți au menținut o dietă strictă fără gluten, 11% consumau ocazional mici cantități de gluten și 24% au fost non-complianți.

Tabelul I Complianța la regimul fără gluten la copiii cu boală celiacă aflați în evidența Clinicii de Pediatrie a Spitalului Central de Copii

Complianța la regimul fără gluten	Număr bolnavi	Procente
Bolnavi complianți	16	66,7
Bolnavi cu complianță redusă	6	25
Bolnavi non-complianți	2	8,3
TOTAL	24	100

Bolnavii non-complianți sau cu complianță redusă prezentau:

- 1) tablou clinic și paraclinic sugestiv pentru boală - 1 caz
- 2) simptomatologie atipică cu modificări ale constantelor nutriționale - 1 caz
- 3) asimptomatici cu markeri imuni (anticorpi antigliadină și/sau antiendomisium) prezenți
- 4) asimptomatici fără markeri imuni, dar cu leziuni histologice - 2 cazuri

Măsurarea anticorpilor antigliadină prin tehnica ELISA s-a dovedit utilă în evaluarea complianței la tratament (mai ales la bolnavii cu complianță redusă care au fost asimptomatici).

La două cazuri anticorpii antigliadină nu au fost prezenți, dar histologic s-a constatat atrofie vilozitară (Fig. 1). În studiul efectuat de Troncone (1995) s-a demonstrat că anticorpii antigliadină IgA și anticorpii antiendomisium au fost pozitivi numai la unul dintre pacienții ce ingerau cantități mici de gluten (mai puțin de 0,5 g/zi) deși examenul histologic a evidențiat un număr mare de limfocite intraepiteliale în cripte și creșterea dimensiunilor criptelor. La toți adolescenții cu dietă ce conținea mai mult de 2 g gluten/zi au fost detectate modificări severe ale arhitecturii mucoasei și prezența anticorpilor antiendomisium. În 1993 Kutlu remarca creșterea semnificativă a limfocitelor intraepiteliale, mai ales a limfocitelor ce exprimă gamma-delta-TCR la majoritatea bolnavilor ce ingerau cantități mici de gluten.

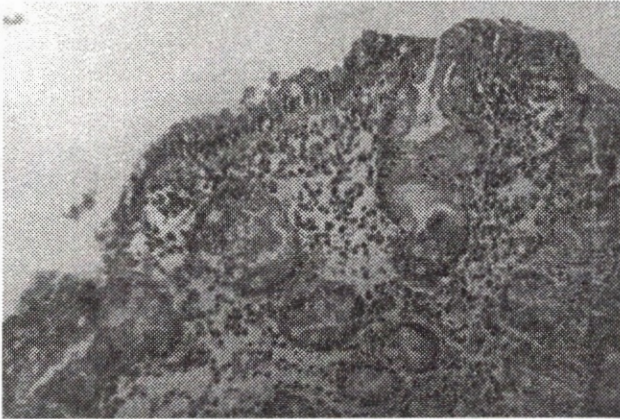


Fig. 1. - Atrofie vilozitară la o fetiță în vârstă de 6 ani cu boala celiacă. Diagnosticul s-a stabilit la vârsta de 2 ani. După 2 ani de regim de excludere, mama a introdus treptat glutenul în alimentația copilului. La vârsta de 6 ani pacienta era asimptomatică, cu o bună stare de nutriție, cu constante hematologice și biochimice normale, dar biopsia de mucoasă intestinală a demonstrat existența anomaliilor histologice.

Nu este cunoscută semnificația pe termen lung a anomaliilor histologice „minore“ existente sub o dietă cu cantități mici de gluten, dar prezența semnelor care sugerează activarea imunității mucoasale mediată celular constituie un semn de alarmă. Studii recente demonstrează

efectul protector al regimului fără gluten (Holmes 1992).

În prezent se afirmă că există suficiente dovezi ce arată că gliadina și prolaminele înrudite trebuie să fie excluse din alimentație complet și toată viața.

Concluzii

1/3 din pacienții cu boala celiacă s-au dovedit non-complianți sau cu complianță redusă la tratament. Bolnavii cu complianță redusă pot fi asimptomatici, cu parametrii biochimici și hematologici normali, dar cu markeri imuni și anomalii histologice prezente. Pacienții cu boală celiacă necesită suport material și psihologic. Este important ca ei să înțeleagă că regimul fără gluten le dă posibilitatea integrării sociale, cu o excelentă calitate a vieții.

BIBLIOGRAFIE

1. Kutlu T., Brousse N., Rambaud C. (1993): T cell receptor (TCR) alfa-beta but not of TCR gamma-delta intraepithelial lymphocytes with the grade of villous atrophy in coeliac patients on a long-term normal diet GUT; 34; 208;
2. Mayer M., Greco L., Troncone R. (1991): Compliance of coeliac teenagers to the gluten-free diet GUT; 32, 881
3. Schmitz J., Amand-Battandier F., Jos J. (1987): Long-term follow-up of childhood coeliac disease, *Pediatr Res.* 18; 1052
4. Troncone R., Mayer M., Spagnuolo F., Maiuri L., Greco L. (1995): Endomysial antibodies as unreliable markers for slight dietary transgressions in adolescents with coeliac disease, *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.*; 21; 69 - 72.
5. Troncone R., Greco L., Auricchio S. (1996): Gluten-sensitive enteropathy, *Pediatr. Clin. North. Am.* 43, 355 - 73.

NEFROLOGIE CLINICĂ PENTRU EXAMENELE DE LICENȚĂ ȘI REZIDENȚIAT

Conf. Dr. Alexandru Ciocâlțeu
Editura Infomedica București, 1998
443 pagini

Lucrarea apărută recent cuprinde opt capitole: nefropatii glomerulare, nefropatii tubulointerstițiale, nefropatii vasculare, bolile chistice ale rinichiului, rinichiul în sarcină, litiaza urinară, insuficiența renală acută și insuficiența renală cronică. Cartea se adresează atât studenților cât și medicilor generaliști sau din diverse specialități medicale. Lucrarea este astfel concepută încât să fie utilă în general informării în domeniul respectiv dar modul în care a fost structurat materialul este deosebit de util pregătirii pentru diferite examene (rezidențiat, specialitate, primariat). Din materialul foarte vast care face obiectul nefrologiei au fost selecționate datele esențiale, astfel încât s-a realizat o sinteză cuprinzătoare, bine organizată, expresiv într-un stil clar și ușor de folosit în informarea medicului practician și a candidaților la diferite examene.

Volumul asigură o informare bogată, actuală și sugerează perspectivele în domeniul diverselor aspecte ale nefrologiei. Atât aspectele de diagnostic cât și cele terapeutice sunt considerate pe criterii moderne incluzând ultimele realizări în domeniu.

Fiecare capitol al cărții este bazat pe o bibliografie bogată, actuală și judicios selecționată din publicațiile de specialitate.

Lucrarea reprezintă un succes pe plan medical și în același timp și o reușită sub aspect didactic.

Prof. Dr. Emanoil Manolescu